

학교 _____ 학년 _____ 학년도 _____ 생년(월/일/년도) _____ _____	 오렌지 카운티 교육부 자가 약물 투여 계약서 _____ 학생 이름	승인 날짜 _____ 주치의 _____ 학부모 _____ 슈퍼바이저 학교 간호사 성함 _____
--	---	--

이 약물 계약서는 학생의 안전과 웰빙을 위해 고안되었습니다. 아래에 명시된 사람들은 학생이 아래와 같이 약물을 투여하는 것을 허용하기 위해 명시된 책임을 수행할 것을 동의합니다:

자가 투여 _____ 시간: _____
 (약물명) _____ (시간을 명시하거나 필요에 따라라고 기입한다.)

학부모는...	학부모와 주치의의 서면으로 된 승인서를 제공하고 - 또한 - 학교 교직원이 학생이 스스로 약물을 복용하는 것을 볼 수 없다는 것을 알기에 학생이 약물을 처방전대로 복용할 것을 주시하고/확인하겠습니다. 비상용으로 양호실에 보관할 여분의 약을 제공하겠습니다. 약물치료와 관련하여 어떠한 변동사항이라도 생기면 학교 간호사에게 24시간 안으로 알리겠습니다. 다음 학년도의 계획을 논의하기 위해 학교 간호사에게 5월 중에 연락하겠습니다. 필요에 따라 학교 간호사와 주치의가 전화로 서로 연락하는 것을 승인하겠습니다.
학생은...	학교 간호사에게 횡수에 대한 정보를 포함하여 약물 투여의 올바른 방법을 시범해 보이고 설명하겠습니다. 약물을 본 계약서의 사본과 함께 안전하게 _____ 에 보관하겠습니다. 약물을 스스로 분별있게 투여하고 - 또한 - 부모님께 계속 정보를 드리겠습니다. 약물을 분실하였거나 도난당하였다면 즉시 양호실에 알리겠습니다. 약물을 다른 학생에게 나누어 주지 않겠습니다. (이 행동은 처벌대상입니다.) 기타: _____
학교 간호사는...	승인된 약물 계약서와 기타 관련된 개별 건강 지원 계획(IHSP)을 수립하고 - 또한 - 서면으로 된 학부모와 주치의의 승인서를 보관유지하겠습니다. 해당사항이 있는 교직원에게 정보를 제공하겠습니다. (예로, 양호실 직원, 학교 사무실 직원, 교사, 놀이터 감시 선생님, 버스 운전자, 등) 계약서 내용이 제대로 시행되고 있는지 정기적으로 확인하겠습니다.
양호실/교무실 직원은...	학생이 약물 계약서가 있다는 것을 인식하겠습니다. 특이한 상황이 발생할 때에는 학교 간호사와 학부모를 연락하겠습니다.
기타 “알고 있어야 할 직원”은...	학생이 약물 계약서가 있다는 것을 인식하겠습니다. (담임교사는) 대리교사를 위한 정보를 남겨 두겠습니다. 특이한 상황이 발생할 때에는 양호실에 즉시 보고하겠습니다.

약물 계약서 확인			
본 계약서를 연장하기 위한 재검토일: _____ <small>본 계약서의 유효기간은 최고 1년이며 완전히 작성된 “학부모/보호자와 승인된 주치의가 요청하는 약물 요청서(PARENT/GUARDIAN AND AUTHORIZED HEALTH CARE PROVIDER REQUEST FOR MEDICATION)”를 지참해야 합니다.</small>			
“알고 있어야 할” 직원은 본 약물 계약서에 대해 다음과 같이 정보를 받습니다. 학교 간호사가 알린 날짜: _____			
날짜	학교 간호사 서명	날짜	날짜
본 계약서 내용이 이행되지 않거나 현황에 대한 변동사항이 발생하면, 학생이나 학부모나 학교 간호사가 즉시 검토에 대한 요청을 할 수 있습니다. 저희는 본 약물 계약서의 내용을 읽었고 동의합니다.			
_____	_____	_____	_____
학생 서명	날짜	학부모 서명	날짜